

Por tanto, compartimos con el Dr. Abellan, et al que los betabloqueantes tienen especial interés en los pacientes hipertensos con insuficiencia cardíaca, cardiopatía isquémica o glaucoma, aunque discrepamos que deban desaparecer como fármaco de elección del tratamiento del hipertenso.

Finalmente queremos añadir que no compartimos con el Dr. Serra Tarragón que deba «liberarse la HTA del yugo economicista», simplemente porque la eficiencia debe tenerse siempre en cuenta, dado que los recursos son limitados y en la medida que gestionamos recursos públicos, este criterio no puede obviarse. Respecto a los criterios: evidencia, seguridad, comodidad y precio, el precio es el último, pero debe estar presente en una guía de una sociedad científica como la semFYC, aunque no es infrecuente escuchar afirmaciones distintas desde instituciones, proyectos científicos o mesas congresuales patrocinadas por la industria farmacéutica.

A título de conclusión, dejamos a los lectores la decisión de si «la GT semFYC es o no adecuada para un país con una sanidad moderna y un país desarrollado con una sanidad pública entre las mejores del mundo».

Y repetimos, que nunca consideramos que escribimos «sentencias irrefutables», de hecho, más bien consideramos que la GT semFYC está en un proceso permanente de mejora continuada, y que el Comité Editorial y sus Consultores agradecemos sinceramente todas las propuestas de mejora que puedan hacerse¹⁰.

Anexo 1. Comité Editorial de la «Guía Terapéutica en Atención Primaria Basada en la Selección Razonada de Medicamentos» (semFYC)

Jordi Vilaseca, Jordi Espinàs, Carlos Fluixá, Pilar Abaurrea, Javier Agreda, Rosario Alonso, Pilar Botija, José Antonio Castro, Ángel Correda, Pablo Daza, Enrique De la Figuera, Carlos Eirea, Guillermo García, María Jesús González, Félix Ibáñez, Antonio Lorenzo, María Teresa Martínez, Juan Francisco Menárguez, Francisco Muñoz, Olga Olmos, Ramón Orueta, Álvaro Pérez, José Carlos Pérez, Bartomeu Puig y Daniel Ramos.

Bibliografía

1. Serra Tarragón J. HTA, más allá de las guías. Atención Primaria. 2010.

Véase contenido relacionado en DOI: 10.1016/j.aprim.2009.12.013

doi:10.1016/j.aprim.2010.02.005

2. Guía Terapéutica en Atención Primaria Basada en Selección Razonada de Medicamentos, 4ª ed. Barcelona: semFYC ediciones; 2010 (en prensa).
3. Hermida RC, Calvo C, Ayala DE, Fernández JR, Covelo M, Mojón A, et al. Treatment of non-dipper hypertension with bedtime administration of valsartan. J Hypertens. 2005;23:1913–22.
4. Hermida RC, Ayala DE, Fernández JR, Calvo C. Comparison of efficacy of morning versus evening administration of telmisartan in essential hypertension. Hypertension. 2007;50:715–22.
5. Hermida RC, Ayala DE, Chayán L, Mojón A, Fernández JR. Administration-time-dependent effects of olmesartan on the ambulatory blood pressure of essential hypertension patients. Chronobiol Int. 2009;26:61–79.
6. Hermida RC, Ayala DE, Calvo C, López JE, Mojón A, Fontao MJ, et al. Effects of time of day of treatment on ambulatory blood pressure pattern of patients with resistant hypertension. Hypertension. 2005;46:1053–9.
7. Hermida RC, Ayala DE, Fernández JR, Calvo C. Chronotherapy improves blood pressure control and reverts the nondipper pattern in patients with resistant hypertension. Hypertension. 2008;51:69–76.
8. Abellán J, Leal M, Martínez A, García-Galbis J. Respuesta de los autores a la carta “El tratamiento de la hipertensión arterial: evidencia de eficacia y conclusiones que pueden extraerse. Aten Primaria. 2009;41:711–2.
9. Law MR, Morris JK, Wald NJ. Use of blood pressure lowering drugs in the prevention of cardiovascular disease: meta-analysis of 147 randomised trials in the context of expectations from prospective epidemiological studies. BMJ. 2009;338:1245–53.
10. Vilaseca J, Espinàs J, Diogène J, Rodríguez D, Asensio C, Fluixá C. Necesidad de seleccionar medicamentos: la responsabilidad de elegir. Editorial. Aten Primaria. 2009;41:657–8.

Jordi Vilaseca Canals^{a,*}, Jordi Espinàs Boquet^a,
Eduard Diogène Fadini^b, Dolors Rodríguez Cumplido^b,
Carlos Fluixá Carrascosa^a y José Carlos Pérez Villarroya^a

^aComité Editorial de la «Guía Terapéutica en Atención Primaria Basada en la Selección Razonada de Medicamentos» (semFYC), Barcelona, España[♦]

^bInstitut Català de Farmacologia, Barcelona, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: 16730jvc@comb.cat (J. Vilaseca Canals)

[♦]En el Anexo 1 se detallan los miembros del Comité Editorial de la “Guía Terapéutica en Atención Primaria Basada en la Selección Razonada de Medicamentos”

Genéricos. No era esto

Generics. This wasn't it

Sr. Director:

Hace unos años, desde la revista *Cuadernos de Gestión*¹ se me pidió que respondiera a la pregunta “¿Por qué no acaban

de avanzar los genéricos en nuestro país?”. Tras un análisis basado en la opinión de los diferentes agentes implicados (responsables de farmacia de mi gerencia, representantes de la industria farmacéutica, el farmacéutico local, colegas de mi equipo y pacientes) concluí que si la administración tiene interés en implicar a los médicos para que funcione su política de genéricos (única manera de que sea efectiva), debe plantearse qué puede hacer para concienciarlos/motivarlos en ese sentido.

Creo que hoy el análisis sigue siendo válido, pero últimamente se ha producido un hecho que me ha trastocado los esquemas.

Cuando un principio activo está incluido en el sistema de genéricos/precios de referencia lo prescribo por DOE, es decir, principio activo “sin apellido” (nombre de laboratorio). En virtud de la Orden SCO/3803/2008 de 23 de diciembre de 2008 (BOE de 31 de diciembre de 2008), en la que se determina el sistema de información sobre “precios menores” y la publicación por parte del Ministerio de Sanidad de la relación informativa de éstos (disponible en: <http://www.msps.es/ca/profesionales/farmacia/pdf/agrupacionPrecioMenor.pdf>), efectiva el 1 de julio de este año, si prescribo omeprazol DOE, en la oficina de farmacia dispensarán una especialidad de marca de omeprazol y, si quiero que se dispense un omeprazol genérico, debo prescribirlo con un “apellido” concreto.

Entiendo que en el trasfondo de todo esto se hallan las negociaciones que la administración sanitaria (en este caso autonómica) mantiene con las oficinas de farmacia a la hora de facturarles las recetas que dispensan. No entro en estas negociaciones, pero, si como resultado de éstas, se interfiere en mis prescripciones, la cosa cambia.

Si el objetivo del sistema de genéricos/precios de referencia es conseguir bajar los precios de los medicamentos, aun a costa de volver a dispensar especialidades de

marca (eso sí, más baratas):

1. Alguien debería dar alguna explicación a los laboratorios que apostaron por comercializar medicamentos genéricos.
2. Alguien debería darnos alguna explicación a los médicos que nos implicamos con esta apuesta que en su día creímos acertada.
3. Y sobre todo, alguien debería dar alguna explicación a los usuarios, a los que tanto la administración a través de sus campañas publicitarias como sus médicos intentamos convencer de las bondades de los medicamentos genéricos.

Hechos como éste no van a contribuir a que los genéricos terminen por afianzarse en nuestro país, paso imprescindible para tratar de controlar el gasto farmacéutico.

Bibliografía

1. Blasco Oliete M. ¿Por qué no acaban de avanzar los genéricos en nuestro país? Cuadernos de Gestión. 2004;10:32–6.

Melitón Blasco Oliete

Equipo de Atención Primaria de Barbastro, Consultorio local de El Grado, El Grado, Huesca, España
Correo electrónico: meliton65@eresmas.com

doi:10.1016/j.aprim.2009.09.009

Objetivos docentes de la rotación del residente en el centro de salud como residente de cuarto año, ¿de verdad se pueden cumplir?

Teaching objectives in resident rotation in a health centre like R4. Can they really be achieved?

Sr. Director:

La formación del especialista en Medicina Familiar y Comunitaria ha evolucionado muy positivamente en los últimos años, tanto en calidad como en duración. El período formativo del médico interno residente (MIR) en Medicina Familiar y Comunitaria ha pasado de 3 a 4 años y se han desarrollado numerosas herramientas docentes, todas éstas con el objetivo de aquilatar y mejorar las competencias que debe adquirir el nuevo médico de familia. Entre éstas podemos citar el programa de la especialidad, la guía de competencias, el libro del residente, el manual del tutor, etc. y, más recientemente, el portafolio, también llamado “portfolio”¹.

Todo esto nos colma de expectativas y buenas intenciones cuando al centro de salud llega el residente, al final de su período formativo de residente de tercer año (R3), para rotar con su tutor de atención primaria durante 14 meses y

así completar su formación como médico de familia. El reencuentro efectivo con el tutor para compartir la última fase del período formativo MIR suele producir, en los tutores motivados, una “alegría desbordante”, y una “euforia contenida” en el residente. Los tutores, en general, tenemos la sensación de que el centro de salud vibra, todos nos sentimos más jóvenes, idealizamos a nuestro residente, tenemos muchísimas ganas de hacer actividades formativas con él y la ilusión nos desborda. El residente normalmente se muestra jovial, asertivo, dispuesto a seguir cualquier objetivo formativo que le propongamos y muy en consonancia con su tutor.

Esta situación nos suele llevar a programar las tareas docentes con unos objetivos demasiado ambiciosos, al dejarnos llevar por el optimismo previo. Se suelen proponer varias sesiones clínicas, bibliográficas, encuentros clínicos, proyectos de investigación, búsquedas bibliográficas, comunicaciones a congresos, preparación de publicaciones, etc.; pero además debemos tener en cuenta que el residente debe pasar consulta en una parte importante de su jornada laboral. Al final, y a pesar de nuestro esfuerzo, estos buenos propósitos no se cumplirán, entre otras cosas por el escaso tiempo disponible.

Sin embargo, esos objetivos formativos ambiciosos y planteados de forma personal no se alejan mucho de los previstos en el programa docente de la especialidad, por el alto nivel de exigencia de nuestro programa oficial de la especialidad.

Hay que tener en cuenta que los 14 meses de la rotación final del residente, entre vacaciones del tutor, vacaciones del residente, rotación en pediatría (2 meses), rotación del